

بررسی مقایسه‌ای مؤلفه‌های سبک زندگی در زوجین نابارور و بارور شهر ارومیه

نگین عزیزی^۱، سپیده نصری^۲، سپیده حبیب‌نژاد^۳، زهرا خضولو^۴، نازآفرین قاسم‌زاده^۵، فریبا حسین‌زادگان^{۶*}

تاریخ دریافت ۱۳۹۸/۰۲/۰۲ تاریخ پذیرش ۱۳۹۸/۰۴/۲۳

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: مؤلفه‌های سبک زندگی شامل رفتارها و شرایطی می‌باشند که قابل اصلاح و تعدیل بوده و می‌توانند از عوامل تأثیرگذار بر فرایند ناباروری باشند. مطالعه حاضر باهدف بررسی مؤلفه‌های سبک زندگی در زوجین نابارور و مقایسه آن با زوجین بارور شهر ارومیه انجام شد.

مواد و روش‌ها: در مطالعه توصیفی-تحلیلی حاضر، برخی مؤلفه‌های سبک زندگی در ۱۳۰ زوج نابارور و ۱۳۰ زوج بارور شهر ارومیه در سال ۱۳۹۷ که به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شده بودند، موردبررسی و مقایسه قرار گرفتند. ابزار مورداستفاده پرسشنامه حاوی اطلاعات دموگرافیک و نیز پرسشنامه سبک زندگی میلر - اسمیت (Miller-Smith) بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (ورژن ۲۱) و آزمون‌های آماری توصیفی و استنباطی انجام شد.

یافته‌ها: میانگین نمره سبک زندگی در گروه نابارور (۴۹/۴۶۹±۷/۰۳۱) و در گروه بارور (۴۸/۲۹۲±۶/۰۲۷) به دست آمد، اختلاف معنی‌دار آماری بین دو گروه مشاهده نگردید ($P > 0/05$). در بین سؤالات بیش‌ترین امتیاز مربوط به مصرف وعده غذای گرم طی روز و کم‌ترین امتیاز مربوط به مصرف نوشیدنی‌های الکلی طی هفته به دست آمد.

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان داد که سبک زندگی زوجین بارور و نابارور، تفاوت معنی‌داری با یکدیگر ندارند اما با توجه به مطالعات انجام یافته و تأیید نقش برخی مؤلفه‌های سبک زندگی در ناباروری، به نظر می‌رسد لازم است مطالعات بیشتری با انتخاب نمونه‌ها از مراکز متفاوت و با استفاده از ابزارهای دیگری نیز انجام شود.

کلیدواژه‌ها: ناباروری، باروری، سبک زندگی

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره هفدهم، شماره ششم، پی‌درپی ۱۱۹، شهریور ۱۳۹۸، ص ۴۶۳-۴۷۲

آدرس مکاتبه: ارومیه، جاده نازلو، دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، تلفن: ۰۹۱۴۴۷۱۰۵۵۱

Email: f.hosseinzadegan62@gmail.com

مقدمه

۲۰۱۰ افزایش یافته است (۴). در یک بررسی که توسط سازمان بهداشت جهانی انجام گردیده، نشان داده شده است که ۴۳ درصد از زنان و ۳۰/۷ درصد از مردان از ناباروری ثانویه رنج می‌برند که بیشتر آن‌ها قابل پیشگیری است (۵). امروزه در سراسر جهان از هر ۶ زوج، یک زوج حداقل یک‌بار در طول زندگی تحت تأثیر ناباروری بوده‌اند، ۳۰-۲۰ درصد مشکلات ناباروری به‌طور اختصاصی به مردان، ۳۵-۲۰ درصد به زنان و ۴۰-۲۵ درصد به‌صورت مشترک

ناباروری طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی (WHO)، عدم دستیابی بالینی به بارداری به دنبال دوازده ماه رابطه‌ی جنسی محافظت نشده و منظم است (۱). ۱۰-۱۵ درصد زوجین در جهان تحت تأثیر ناباروری قرار دارند (۲-۳). حدود ۶/۷ میلیون زن در ایالات‌متحده نابارور هستند و شیوع ناباروری در جمعیت با سنین باروری، تقریباً از ۸/۵ درصد در دهه ۱۹۸۰ به ۱۱ درصد در سال

^۱ دانشجوی کارشناسی پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، ارومیه، ایران

^۲ دانشجوی کارشناسی پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، ارومیه، ایران

^۳ دانشجوی کارشناسی پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، ارومیه، ایران

^۴ دانشجوی کارشناسی پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، ارومیه، ایران

^۵ دکترای اخلاق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، دانشکده پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۶ دانشجوی دکترای تخصصی پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

در ارتباط با مصرف سیگار، کافئین و الکل، تحقیقات انجام شده نشان داده‌اند که، مصرف سیگار در کیفیت اسپرم از نظر شکل و تحرک آن اثر دارد (۱۶)، در زنان نیز سبب افزایش زمان بارداری می‌شود (۱۷). مصرف کافئین کم‌تر از ۲۵۰ میلی‌گرم روزانه اثر نامطلوبی بر باروری ندارد، اما مصرف مقادیر بیشتر، می‌تواند خطر از دست رفتن بارداری را افزایش دهد (۳). به نظر می‌رسد مصرف الکل در مردان تأثیر زیادی بر روی ساختار و تحرک اسپرم‌ها دارد (۱۸)، همچنین در زنان با افزایش ریسک ناباروری همراه است (۱۹).

علل فیزیکی و شیمیایی مهم‌ترین عوامل محیطی مؤثر به شمار می‌آیند. فعالیت‌های بدنی زیاد، فعالیت در محیط گرم، امواج موبایل، رادیوتراپی و پارازیت از جمله علل مهمی هستند که می‌توانند به شدت بر ناباروری اثر بگذارند، عملکرد طبیعی هورمون‌ها را دچار اختلال نموده و سبب پایین آمدن کیفیت اسپرم‌ها، تعداد، حرکت و شکل آن‌ها شوند (۲۰). با توجه به نتایج پژوهش قهرمانی و قائم، کار بدنی سنگین از عوامل مهم محیطی مؤثر در ناباروری مردان می‌باشد (۵). همچنین استرس فیزیکی در باروری زنان مؤثر است. زنانی که شاغل هستند و بیش از ۳۲ ساعت در هفته کار می‌کنند، نسبت به زنانی که ۱۶-۳۲ ساعت در هفته کار می‌کنند، مدت‌زمان دستیابی به بارداری در آنان طولانی‌تر می‌شود (۲۱). بررسی‌ها در یک جمعیت دانمارکی، ارتباط بین قرار گرفتن مردان در معرض گرما به مدت طولانی و همچنین حضور مداوم زنان در محیط‌های پرسروصدا، را با بروز ناباروری در آن‌ها نشان داد (۲۲).

سازمان بهداشت جهانی، ناباروری را به‌عنوان یک مشکل مهم بهداشت باروری مطرح کرده است اگرچه یک بیماری تلقی نمی‌شود ولی می‌تواند منجر به بروز اختلالات عاطفی در میان زوجین شود و عوارض اجتماعی و روانی متعددی به‌جا بگذارد (۲۳) و به‌عنوان یک ضربه شدید می‌تواند روابط بین زوجین و استحکام خانواده را سست کند، البته به علت تفاوت‌های عاطفی زنان و مردان، فشار و تنش ناشی از ناباروری بر زنان نسبت به مردان بیشتر است (۲۴). بنیامینی^۳ و همکاران (۲۰۰۹) دریافتند تأثیراتی که ناباروری بر فرد دارد همانند اثرات جسمی یک بیماری مزمن است و زنان رنج بیشتری را نسبت به همسرانشان تجربه می‌نمایند (۲۵).

بنابراین، بنابه نرخ بالای شیوع ناباروری در جهان به‌ویژه در کشور ایران، تأثیر آن بر کیفیت زندگی و نقش مهم و کلیدی ابعاد سبک زندگی در تعیین سلامت باروری زوجین و نبود مطالعات کافی در این زمینه، بر آن شدیم مطالعه حاضر را باهدف تعیین برخی

بین زن و مرد مربوط می‌باشد (۶). نتایج آمارها نشان می‌دهد که مشکل ناباروری در کشور روز به روز در حال افزایش می‌باشد، در ایران در پژوهشی که ۱۷ هزار زوج در ۲ سال مورد مطالعه قرار گرفتند، نشان داد که میزان شیوع ناباروری در کل کشور ۲۰/۲ درصد است که نرخ شیوع در شهرها ۱۹/۹ درصد و در روستاها ۲۲ درصد است. این میزان شیوع در کل کشور درصد بالایی است چراکه بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی میانگین ناباروری در دنیا ۱۲ تا ۱۵ درصد گزارش شده است (۷).

علل مختلفی می‌تواند باعث بروز ناباروری شوند، از فاکتورهای زنانه می‌توان به اختلال عملکرد تخمدانی، بیماری‌های لوله‌ای و صفاقی (۳) و بیماری‌های مربوط به رحم (۸) اشاره کرد. فاکتورهای مردانه (۳) نیز از عوامل تأثیرگذار بر باروری هستند. ۳۰-۱۰ درصد دیگر، عوامل توجیه نشده می‌باشد. از طرفی سلامت انسان در گرو سبک زندگی یا فعالیت‌های معمول روزانه قرار می‌گیرد (۱۰-۹). ابعاد مختلف سبک زندگی، نقش کلیدی در تعیین سلامت باروری دارند و می‌توانند به‌طور مثبت و منفی بر باروری اثر بگذارند. بسیاری از ابعاد سبک زندگی مانند سن ازدواج، تغذیه، وزن، ورزش، استرس‌های روانی، استعمال سیگار، استفاده از داروهای غیرمجاز و مصرف الکل و کافئین، مواجهات شغلی و محیطی و سایر عوامل قابل‌تغییر هستند و ممکن است آثار اساسی بر باروری داشته باشند (۱۱). وزن بدن می‌تواند تأثیرات قابل‌توجهی بر روی سلامتی افراد داشته باشد که از جمله بیماری‌های متأثر از آن می‌توان به بیماری‌های قلبی عروقی، دیابت و بارداری، اشاره نمود (۱۲). مردان چاق سه برابر بیشتر در معرض کاهش کیفیت مایع منی نسبت به مردان دارای وزن طبیعی قرار دارند (۱۳). تأثیرات منفی چاقی بر باروری در زنان ممکن است برگشت‌پذیر باشد. کلارک^۱ و همکاران دریافتند که بعد از کاهش متوسط ۱۰/۲ کیلوگرم، ۹۰ درصد از زنان چاق شروع به تخمک‌گذاری می‌کنند (۱۴). علاوه بر چاقی، وزن پایین نیز می‌تواند بر باروری تأثیر داشته باشد. در زنان، داشتن وزن پایین و مقدار کم‌چربی بدن می‌تواند با اختلال عملکرد تخمدان‌ها و ناباروری در ارتباط باشد (۱۱) همچنین مردان کم‌وزن دارای غلظت پایین‌تر اسپرم نسبت به مردانی هستند که BMI طبیعی دارند (۱۵). شارما^۲ و همکاران (۲۰۱۳) در تحقیق خود دریافتند که وزن نقش مهمی در باروری دارد و کنترل و داشتن یک وزن ایدئال ممکن است راهی برای افزایش شانس باروری زوجین باشد (۱۱).

³ Benyamini¹ Clark² Sharma

مؤلفه‌های سبک زندگی در زوجین نابارور و مقایسه آن با زوجین بارور در شهر ارومیه به انجام برسانیم.

مواد و روش کار

این مطالعه از نوع توصیفی-تحلیلی است که روی دو گروه مردان و زنان بارور و نابارور طی سال ۱۳۹۷ انجام گرفت. تعداد ۱۳۰ زوج نابارور مراجعه‌کننده به بخش زنان بیمارستان مطهری شهر ارومیه از نظر برخی مؤلفه‌های سبک زندگی مقایسه شدند. با توجه به موجود نبودن مطالعات مشابه در زمینه‌ی استفاده از پرسشنامه میلر-اسمیت در ارزیابی سبک زندگی بین زوجین بارور و نابارور در زمان آغاز پژوهش، طی یک مطالعه پایلوت با حجم نمونه ۲۵ نفر در هر گروه، میانگین نمره سبک زندگی در افراد بارور و نابارور به ترتیب $(۴۵/۱۳۷ \pm ۷/۰۲۷)$ ، $(۴۷/۴۶ \pm ۸)$ و توان ۸۰ درصد و سطح خطای ۵ درصد، با استفاده از فرمول two mean-sample size، حداقل حجم نمونه در هر گروه ۱۲۹ نفر محاسبه شد که ۱۳۰ نفر ارزیابی شدند.

کلیه مردان و زنان مورد مطالعه در گروه نابارور از بین مراجعه‌کنندگان به بخش نازایی و در گروه بارور از بین مراجعه‌کنندگان به بخش زنان بیمارستان مطهری، به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده و با استفاده از جدول اعداد تصادفی انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، تشخیص و تأیید ناباروری گروه نابارور توسط پزشک متخصص، نداشتن سابقه ناباروری و داشتن حداقل یک فرزند در گروه بارور و داشتن رضایت شرکت در مطالعه بود. عدم رضایت و علاقه‌مندی به مطالعه و تمایل به خروج از آن به‌عنوان معیارهای خروجی مطالعه در نظر گرفته شد.

برای انجام پژوهش ابتدا از شورای پژوهشی کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه و شورای پژوهشی دانشگاه مجوزهای لازم کسب گردید. سپس این مطالعه با کد اخلاق ۱۳۹۶.۱۳۹۶.۱۳۹۶ در کمیته اخلاق دانشگاه مورد تصویب قرار گرفت. بعد از اخذ مجوزهای لازم با مراجعه به محیط پژوهش و ارائه معرفی‌نامه جهت انجام پژوهش و معرفی پژوهشگران به حضور شرکت‌کنندگان و دادن توضیحات کامل در مورد ماهیت و اهداف پژوهش به آن‌ها، گروه‌های مورد مطالعه با اطمینان یافتن از محرمانه ماندن اطلاعاتشان، پرسش‌نامه‌های دموگرافیک و سبک زندگی را تکمیل کردند.

برای بررسی ویژگی‌های دموگرافیک زوجین از پرسشنامه‌ای حاوی اطلاعاتی مانند سن، جنس، میزان تحصیلات، شغل، مدت و سن ازدواج، مدت‌زمان ناباروری در زوجین نابارور، سابقه بیماری، سابقه جراحی و مصرف دارو استفاده شد و همچنین در بررسی مؤلفه‌های سبک زندگی، پرسشنامه‌ی سنجش سبک زندگی میلر اسمیت (Miller-Smith) مورد استفاده قرار گرفت که مشتمل بر ۲۰ مؤلفه و هر گویه دارای پنج پاسخ (همیشه=۱، اغلب=۲، گاهی اوقات=۳، بندرت=۴ و هرگز=۵) می‌باشد و نمره‌های بالاتر نشان‌دهنده‌ی سبک زندگی ناخوشایند و ناسالم است (۲۶). نمره‌گذاری پرسش‌نامه مذکور بر اساس طیف لیکرت می‌باشد. در پرسشنامه مذکور نمره بین ۲۰-۴۵ نشان‌دهنده سبک زندگی سالم یا کم‌تر آسیب‌پذیر است، نمره بین ۴۶-۷۵ نشانگر سبک زندگی متوسط است، نمره بین ۷۶-۱۰۰ نشانگر سبک زندگی ناخوشایند و ناسالم یا شدت آسیب‌پذیر است (۲۷). روایی و پایایی نسخه فارسی این ابزار توسط روح‌افزا و همکاران در سال ۱۳۸۴ به تأیید رسیده است، که آلفای کرونباخ در مطالعه ایشان ۰/۸۶۴ به دست آمد (۲۸).

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (ورژن ۲۱) و پس از اطمینان از توزیع نرمال متغیرها از طریق آزمون کولموگروف-اسمیرنوف از طریق آزمون‌های آماری توصیفی مانند شاخص‌های مرکزی و پراکندگی مثل میانگین، انحراف معیار، واریانس و آزمون‌های آماری استنباطی مانند کای اسکوئر و تی مستقل انجام شد. در این مطالعه $p < ۰/۰۵$ معنی‌دار تلقی می‌گردد.

یافته‌ها

از ۱۳۰ نفر گروه نابارور شرکت‌کننده در پژوهش، ۶۱/۵ درصد زن (۸۰ نفر) و بقیه مرد، ۳۴/۶ درصد (۴۵ نفر) در این گروه دارای مدرک دیپلم و ۲/۳ درصد (۳ نفر) بی‌سواد و بقیه به ترتیب دارای مدرک زیردیپلم، لیسانس، فوق‌لیسانس و بالاتر بودند. همچنین از ۱۳۰ نفر گروه بارور شرکت‌کننده در مطالعه، ۵۷/۷ درصد (۷۵ نفر) زن و بقیه مرد بودند.

به‌طور کلی، میانگین سن گروه بارور $(۴۱/۲۹ \pm ۱۰/۹۲۷)$ و نابارور $(۳۰/۴۸ \pm ۵/۲۶۷)$ ، میانگین سن ازدواج در گروه بارور $(۲۴/۱۳ \pm ۴/۶۶۱)$ و در گروه نابارور $(۲۳/۷۷ \pm ۴/۹۹۶)$ می‌باشد. میانگین مدت‌زمان ناباروری در گروه نابارور $۴/۵۶ \pm ۲/۹۲۰$ بوده، که بیشترین آن ۱۳ سال و کم‌ترین ۱ سال بوده است. سایر مشخصات جمعیت شناختی در جدول شماره ۱ آمده است.

جدول (۱): اطلاعات جمعیت شناختی گروه‌های بارور و نابارور شرکت‌کننده در مطالعه

متغیرها	زوجین بارور		زوجین نابارور		P value
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
جنس	زن	۷۵	۸۰	۶۱/۵	۰/۶۱۳
	مرد	۵۵	۵۰	۳۸/۵	
میزان تحصیلات	بی‌سواد	۲	۳	۲/۳	
	زیر دیپلم	۱۳	۲۹	۲۲/۳	
	دیپلم	۴۸	۴۵	۳۴/۶	۰/۰۵۹
	لیسانس	۴۸	۴۲	۳۲/۳	
	فوق‌لیسانس و بالاتر	۱۹	۱۱	۸/۵	
شغل	آزاد	۲۷	۲۹	۲۲/۳	
	کارمند	۴۷	۲۹	۲۲/۳	P<۰/۰۰۱ *
	بیکار	۰	۱۳	۱۰	
	خانه‌دار	۵۶	۵۹	۴۵/۴	
سابقه بیماری	دارد	۱۷	۲۵	۱۹/۲	۰/۲۳۸
	ندارد	۱۱۳	۱۰۵	۸۰/۸	
سابقه جراحی	دارد	۳۶	۴۲	۳۲/۳	۰/۴۹۹
	ندارد	۹۴	۸۸	۶۷/۷	
سابقه مصرف دارو	دارد	۲۱	۳۴	۲۶/۲	۰/۰۶۸
	ندارد	۱۰۹	۹۶	۷۳/۸	

متغیرها	گروه بارور	گروه نابارور	Pvalue
سن	۴۱/۲۹±۱۰/۹۲۷	۳۰/۴۸±۵/۲۶۷	P<۰/۰۰۱ *
مدت ازدواج	۱۷/۳۴±۹/۸۸۱	۶/۷۰±۴/۱۱۰	P<۰/۰۰۱ *
سن ازدواج	۲۴/۱۳±۴/۶۶۱	۲۳/۷۷±۴/۹۹۶	۰/۵۳۸
مدت ناباروری	-----	۴/۵۶±۲/۹۲۰	-----

0/997). ولی این کاهش از نظر آماری معنی‌دار نبود. به ازای هر سال افزایش سن، 0/09- واحد کاهش در نمره سبک زندگی جامعه مورد بررسی وجود دارد ولی این کاهش از نظر آماری معنی‌دار نیست. به ازای هر سال افزایش طول مدت ازدواج، 0/08 واحد افزایش در نمره سبک زندگی جامعه مورد بررسی وجود دارد ولی این افزایش از نظر آماری معنی‌دار نیست (جدول ۲).

با توجه به معنی‌دار بودن تفاوت طول مدت ازدواج و سن بین دو گروه و کمی بودن پیامد مورد بررسی (سبک زندگی)، ارتباط بین نمره سبک زندگی با نابارور بودن جهت تعدیل اثر طول مدت ازدواج و سن از مدل رگرسیون خطی استفاده شد. با در نظر گرفتن اثر سن و طول مدت ازدواج، نابارور بودن فرد با کاهش نمره سبک زندگی همراه است (Pvalue = 0/32 و B=-

جدول (۲): تعدیل اثر طول مدت ازدواج و سن بین زوجین بارور و نابارور

مدل	ضرایب غیر استاندارد		ضرایب استاندارد		Pvalue
	B	خطای معیار	بتا	T	
ثابت	۵۱/۸۵۹	۱/۹۶۷	-----	۲۶/۳۶۰	۰/۰۰۰
گروه	-۰/۹۹۷	۱/۰۰۱	-۰/۰۷۶	-۰/۹۹۶	۰/۳۲۰
مدت ازدواج	۰/۰۸۱	۰/۰۸۵	۰/۱۱۴	۰/۹۴۹	۰/۳۴۴
سن	-۰/۰۹۶	۰/۰۷۵	-۰/۱۴۸	-۱/۲۸۱	۰/۲۰۱

با توجه به ۲۰ سؤال پرسشنامه سبک زندگی میلر اسمیت، در بین سؤالات کم‌ترین نمره و بیش‌ترین امتیاز مربوط به مصرف وعده غذای گرم طی روز (سؤال ۱) و بیشترین نمره و کم‌ترین امتیاز مربوط به مصرف نوشیدنی‌های الکلی طی هفته (سؤال ۷) به دست آمد.

جدول (۳): مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات مؤلفه‌های سبک زندگی پرسشنامه میلر-اسمیت در گروه‌های بارور و نابارور شرکت‌کننده در مطالعه

سؤال	زوجین بارور		زوجین نابارور		Pvalue
	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	آزمون تی مستقل	
۱. حداقل در روز یک وعده غذای گرم می‌خورم.	۱/۱۶±۰/۴۶۸	۱/۲۷±۰/۶۰۷	۰/۱۳۸		
۲. حداقل ۴ شب در هفته بین ۷ تا ۸ ساعت می‌خوابم.	۱/۶۴±۰/۸۷۹	۱/۸۸±۰/۱۶۶	۰/۰۶۴		
۳. به‌طور منظم به اطرافیان محبت می‌کنم و از آن‌ها محبت می‌بینم.	۱/۶۸±۰/۷۷۷	۱/۶۳±۰/۷۵۹	۰/۵۷۳		
۴. حداقل یکی از وابستگانم در فاصله پنجاه کیلومتری من زندگی می‌کند که بتوانم به او تکیه کنم.	۱/۸۵±۰/۲۸۲	۲/۰۵±۰/۴۸۳	۰/۲۶۴		
۵. حداقل ۲ بار در هفته در حد عرق کردن ورزش می‌کنم.	۳/۳۶±۰/۴۱۴	۳/۴۷±۰/۱۹۵	۰/۴۷۸		
۶. کم‌تر از نصف سیگار در روز می‌کشم (افراد غیرسیگاری نمره یک می‌گیرند)	۴/۸۳±۰/۷۰۵	۴/۷۳±۰/۸۴۹	۰/۳۴۲		
۷. کم‌تر از ۵ نوع نوشیدنی الکلی در هفته استفاده می‌کنم (افراد که مصرف نمی‌کنند نمره یک می‌گیرند)	۴/۹۷±۰/۱۹۵	۴/۹۴±۰/۳۸۹	۰/۳۱۵		
۸. وزنم متناسب با قدم است	۲/۴۶±۰/۲۷۶	۲/۶۸±۰/۴۹۴	۰/۱۹۷		
۹. درآمد من برای تأمین نیازهای اساسی زندگی‌ام کافی است	۱/۸۷±۰/۹۱۵	۲/۴۱±۰/۲۲۷	P<۰/۰۰۱ *		
۱۰. از اعتقادات مذهبی‌ام نیرو و انرژی می‌گیرم و نسبت به نگاهم به جهان و جایگاهم در این جهان احساس مطلوبی دارم.	۱/۴۸±۰/۷۷۹	۱/۶۲±۰/۹۴۲	۰/۱۹۸		
۱۱. به‌طور منظم در باشگاه و فعالیت‌های اجتماعی شرکت می‌کنم.	۲/۸۳±۰/۲۶۴	۳/۵۵±۰/۲۴۶	P<۰/۰۰۱ *		
۱۲. مجموعه‌ای از دوستان و آشنایان دارم.	۱/۷۳±۰/۸۸۷	۱/۸۰±۰/۵۹۹	۰/۵۶۸		
۱۳. یک یا دو دوست صمیمی دارم که برای صحبت درباره مسائل خصوصی‌ام به آن‌ها اعتماد دارم.	۲/۴۲±۰/۲۱۲	۲/۳۱±۰/۳۷۴	۰/۴۷۴		
۱۴. از لحاظ بینایی، شنوایی و دهان و دندان سالم هستم.	۲/۰۰±۰/۹۴۴	۱/۶۰±۰/۹۳۷	×۰/۰۰۱		
۱۵. من این توانایی را دارم که هنگام نگرانی یا عصبانیت درباره احساسم به صورت آشکار صحبت کنم.	۲/۲۹±۰/۱۰۸۱	۲/۱۶±۰/۱۰۹۱	۰/۳۳۳		

۰/۸۴۷	۲/۷۶±۱/۳۶۹	۲/۷۹±۱/۱۸۵	۱۶. با اطرافیانم به‌طور منظم در مورد مشکلات خانوادگی و پول و مسائل زندگی گفتگو می‌کنم.
×۰/۰۱۱	۲/۴۵±۱/۱۵۵	۲/۱۲±۰/۹۱۵	۱۷. حداقل یک‌بار را در هفته به تفریح اختصاص می‌دهم
۰/۳۰۴	۲/۰۳±۰/۸۱۶	۱/۹۳±۰/۷۴۹	۱۸. این توانایی را دارم که زمان را به‌طور مؤثر سازماندهی کنم.
×۰/۰۰۱	۲/۱۸±۱/۳۱۰	۲/۷۵±۱/۳۳۵	۱۹. در روز کم‌تر از سه فنجان قهوه یا چای می‌نوشم.
۰/۲۹۴	۱/۹۲±۱/۰۴۶	۲/۰۶±۱/۰۷۶	۲۰. در طول روز وقت استراحت برای خودم دارم.

آماري معنی‌دار نیست ($p=0/149$) (جدول ۴). البته نمرات در هر دو گروه بین ۴۶-۷۵ می‌باشند که نشانگر سبک زندگی متوسط است.

با توجه به مقایسه نمرات سبک زندگی گروه باور و نابارور، میانگین نمره سبک زندگی گروه نابارور اندکی بیشتر بوده است که این نشان‌دهنده شیوه زندگی نا سالم‌تر در آنهاست ولی این تفاوت از نظر

جدول (۴): مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات سبک زندگی گروه‌های بارور و نابارور شرکت‌کننده در مطالعه

P value	T	گروه نابارور	گروه بارور
۰/۱۴۹	-۱/۴۴۹	۴۹/۴۶۹±۷/۰۳۱	۴۸/۲۹۲±۶/۰۲۷

حساسیت بیشتری نسبت به مردان بارور داشتند (۳۱). همچنین باتوجه به مطالعه محبوبی و همکاران مصرف سیگار به‌عنوان یکی از عوامل خطر برای ایجاد ناباروری در مردان شناخته می‌شود (۱۶) و نیز مطالعه یانگ^۳ و همکاران با عنوان ناباروری زوجین در رابطه با مصرف سیگار توسط مردان سوء اثر سیگار در باروری زوجین را نشان داد (۳۲)، که با نتایج مطالعه ما همسو نمی‌باشند. بنظر می‌رسد علت تفاوت نتایج مطالعه یانگ و همکارانش با تحقیق ما به‌دلیل حجم نمونه بیشتر بوده است.

در مطالعه حاضر نمره دریافت کافئین در زوجین بارور بیشتر از زوجین نابارور بود و این اختلاف معنی‌دار بود. در مطالعه دکتر مریم جوادی و همکاران با عنوان "بررسی وضعیت مصرف سیگار، دریافت کافئین و شاخص توده بدنی زنان بارور و سالم ۴۰-۲۵ ساله" این نتیجه به‌دست آمد که بین کافئین دریافتی با ناباروری ارتباط معنی‌داری وجود نداشت (۲۹). همچنین در مطالعه جوسف^۴ و همکاران رابطه‌ای بین مصرف کافئین و ناباروری مشاهده نشد (۳۳). در این مطالعه، زوجین نابارور نسبت به زوجین بارور از نظر بینایی، شنوایی، دهان و دندان سالم‌تر هستند و این اختلاف معنی‌دار می‌باشد. به نظر می‌رسد پایین‌تر بودن میانگین سنی گروه نابارور در این قضیه دخیل باشد که توصیه می‌گردد در مطالعات آینده دو گروه از لحاظ سنی با یکدیگر جور شوند.

در مطالعه‌ی حاضر، تناسب قد و وزن در گروه نابارور، امتیاز کم‌تری نسبت به گروه بارور دارد و این اختلاف معنی‌دار نیست. در

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این مطالعه، تعیین برخی مؤلفه‌های سبک زندگی در زوجین نابارور و مقایسه آن با زوجین بارور در شهر ارومیه می‌باشد. به‌طور کلی نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که مقادیر عددی پرسشنامه سبک زندگی میلر-اسمیت در گروه نابارور اندکی بالاتر بود که این نشان‌دهنده شیوه زندگی نا سالم‌تر در آنهاست که البته از نظر آماری تفاوت معنی‌داری با گروه بارور به دست نیامد و نمره سبک زندگی در هر دو گروه نشانگر سبک زندگی متوسط است.

نتایج مطالعه آچاریا و گودا^۱ با عنوان "ابعاد سبک زندگی مرتبط با ناباروری" که در سال ۲۰۱۶ انجام شده است نشان داده است که ابعاد سبک زندگی شامل تکرار مقاربت جنسی، شاخص توده بدنی (BMI)، مصرف الکل و تنباکو نقش مهمی را در تعیین وضعیت باروری ایفا کرده و اثر برجسته‌ای بر باروری زوجین دارند (۲۹). از بین مؤلفه‌های سبک زندگی، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که میزان مصرف سیگار در زوجین نابارور بیشتر از زوجین بارور بود اما این اختلاف معنی‌دار نبود. دکتر مریم جوادی و همکاران در تحقیق خود در تهران به این نتیجه رسیدند که بین مصرف سیگار با ناباروری ارتباط معنی‌داری وجود ندارد (۳۰)، که با نتایج مطالعه ما همسو می‌باشند. در مطالعه‌ی دیگر که توسط روونتا^۲ و همکاران با عنوان "سلامتی و سبک زندگی در میان مردان و زنان نابارور"، انجام گرفت نتایج نشان داد که زنان نابارور بالای ۵۰ سال بیشتر از زنان بارور سیگار می‌کشیدند و مردان نابارور مصرف زیاد سیگار نداشتند ولی

³ Yang

⁴ Joesoef

¹ Acharya and Gowda

² Revonta

ارومیه، قابلیت تعمیم نتایج به سایر زوجین در سایر شهرها، کاهش می‌یابد. لذا مطالعات تکمیلی با گسترش جامعه مورد پژوهش با انتخاب نمونه‌های بیشتر از مراکز متفاوت و با استفاده از ابزارهای دیگری نیز پیشنهاد می‌شود.

نتیجه‌گیری

به‌طور کلی نتایج این مطالعه نشان داد که سبک زندگی زوجین بارور و نابارور، تفاوت معنی‌داری با یکدیگر ندارند. نمره سبک زندگی در هر دو گروه نشانگر سبک زندگی متوسط است. با توجه به تأثیر برخی مؤلفه‌های سبک زندگی بر باروری، زوجین می‌توانند با مدیریت صحیح برای بهبود شیوه زندگی، احتمال بارداری را افزایش دهند.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر نتیجه طرح تحقیقاتی مصوب کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه می‌باشد. بدین‌وسیله پژوهشگران نهایت سپاس و قدردانی خود را از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه جهت حمایت مالی، مسئولین و کادر درمانی مرکز آموزشی درمانی بیمارستان مطهری ارومیه و مشارکت‌کنندگان در مطالعه را جهت همکاری ایشان ابراز می‌دارند.

References:

1. World Health Organization (WHO). Infertility: A tabulation of available data on prevalence of primary and secondary fertility. Geneva. WHO program on maternal and child health and family planning. Division of family health. 1991.
2. Direkvand Moghadam A, Delpisheh A, Sayehmiri K. The prevalence of infertility in Iran, a systematic review. *IJOGI* 2014; 16(81): 1-7. (Persian)
3. Speroff L, Fritz MA. Clinical gynecologic endocrinology and infertility. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
4. Copen CE, Stephen EH. Infertility and impaired fecundity in the United States, 1982e2010: Data

مطالعه ریچ ادوارد^۵ و همکاران (۲۰۰۲) بین ناباروری تخمدانی و شاخص توده بدنی ارتباط معنی‌دار مشاهده شد و خطر نسبی ناباروری در زنان با شاخص توده بدنی بالای ۲۴ و یا کمتر از ۲۰ نسبت به حالت طبیعی بیشتر بود (۳۴) که با یافته‌های این پژوهش مطابقت ندارد. علت را می‌توان در استفاده از روش کار و ابزار مورد استفاده متفاوت با مطالعه حاضر بیان نمود.

با توجه به مطالعه حاضر، گروه نابارور در مقایسه با گروه بارور، در طول هفته، میزان تحرک و ورزش کمتری داشتند ولی این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار نبود. در مطالعه گاداماس دوتر^۶ و همکاران (۲۰۰۹) احتمال ناباروری در زنانی که در اکثر روزهای هفته ورزش داشتند یا ورزش با شدت بالا را گزارش کردند، افزایش یافته است (۳۵). همچنین با توجه به مطالعه شارما^۷ و همکاران، ورزش زیاد برای مردان و زنان لاغر ممکن است خطری برای کاهش شانس باروری آن‌ها باشد، بنابراین رعایت تعادل در میزان فعالیت، بهترین شانس دستیابی به بارداری را فراهم می‌کند (۱۱).

تقریباً اکثر مطالعات بر روی تأثیرات خاص یک یا حداکثر دو مورد از مؤلفه‌های سبک زندگی بر وضعیت باروری زوجین تمرکز دارند در حالی که مطالعه حاضر مؤلفه‌های بیشتر و متنوع‌تری از سبک زندگی را در بین زوجین بارور و نابارور بررسی کرده است اما با توجه به محدود بودن محیط مطالعه به یک مرکز ناباروری در شهر

from the National Survey of Family Growth. *Natl Health Stat Report* 2013;67: 1-18.

5. F.Ghahremani, H.Ghaem. The effective factors on men infertility: a case – control study. *J Gorgan Uni Med Sci* 2005; 7 (2): 42-5. (Persian)
6. European Society of Human Reproduction and Embryology. 2014. Assisted Reproductive Technology ART Fact Sheet (June 2014) ESHRE. <http://www.eshre.eu/guidelines-and-legal/art-fact-sheet.aspx> Accessed by 9 July 2016.
7. Mohebbi S F, Ali Mohammadzadeh K. Systematic review of the etiology of the infertility on Iranian domestic published articles between 1999 and 2013. *Med Sci J of Islamic Azad Uni-Teh* 2016; 26 (1): 1-15. (Persian)

⁷ Sharma

⁵ Rich-Edwards

⁶ Gudmundsdottir

8. Berek S. Berek & novak's gynecology. 14th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
9. Hajhashemkhani M, Dalvandi A, Kashaninia Z, Javadi M, Biglarian A. The relationship between family health promoting lifestyle and sleep habits in children 6 to 11 years old. *J Mazandaran Uni Med Sci* 2015; 25(127): 92-9. (Persian)
10. Alimoradi F, Jalilolghadr SH, Shab-bidar S, Javadi A, Javadi M. Evaluation of blood lipids status and its association with body mass index of adolescents in Qazvin. *ZUMS J* 2015; 23(98): 122-31. (Persian)
11. Sharma R, Biedenharn KR, Fedor JM, Agarwal A. Lifestyle factors and reproductive health: taking control of your fertility. *Reprod Biol Endocrinol* 2013 Dec;11(1): 66.
12. Brannian JD. Obesity and fertility. *S D Med* 2011; 64: 251-254.
13. Magnusdottir EV, Thorsteinsson T, Thorsteinsdottir S, Heimisdottir M, Olafsdottir K. Persistent organochlorines, sedentary occupation, obesity and human male subfertility. *Hum Reprod* 2005; 20: 208-15.
14. Clark AM, Thornley B, Tomlinson L, Galletley C, Norman RJ. Weight loss in obese infertile women results in improvement in reproductive outcome for all forms of fertility treatment. *Hum Reprod* 1998; 13: 1502-5.
15. Chavarro JE, Toth TL, Wright DL, Meeker JD, Hauser R. Body mass index in relation to semen quality, sperm DNA integrity, and serum reproductive hormone levels among men attending an infertility clinic. *Fert Stert J* 2010; 93: 2222-31.
16. Mahboubi M, Ghahremani F. The relationship between smoking with sperm and infertility in men. *J Kermanshah Uni Med Sci* 2013; 17(5). (Persian)
17. Hassan MA, Killick SR. Negative lifestyle is associated with a significant reduction in fecundity. *Fert Stert J* 2004; 81: 384-92.
18. Gaur DS, Talekar MS, Pathak VP. Alcohol intake and cigarette smoking: Impact of two major lifestyle factors on male fertility. *IJPM* 2010;53: 35-40.
19. Eggert J, Theobald H, Engfeldt P. Effects of alcohol consumption on female fertility during an 18-year period. *Fertil Steril* 2004;81: 379-83.
20. High prevalence of infertility in the country in the comoare with the global average. 2015; available at: <https://mehrnews.com/news/2492912>. Accessed Nov 4, 2017.
21. Mutsaerts MA, Groen H, Huiting HG, Kuchenbecker WK, Sauer PJ, Land JA, et al. The influence of maternal and paternal factors on time to pregnancy—a dutch population-based birth-cohort study: the GECKO drenthe study. *Hum Reprod* 2012;27: 583-93.
22. Younglai EV, Holloway AC, Foster WG. Environmental and occupational factors affecting fertilityand IVF success. *Hum Reprod Update* 2005;11(1): 43-57.
23. Nourani Sh, Joneidy E, Taghi Shakeri M, Mokhber N. Comparison of Quality of life in Fertile and Infertile Women Referred to the Public Clinics in Mashhad. *IJOGI* 2012; 15(7): 24-31.(Persian)
24. Heidari P, Latif nezhad R. Relationship between pschosocial factors and marital satisfaction in infertile women. *J Qazvin Uni Med Sci*. 2010;14(54): 26-32. (Persian)
25. Benyamini Y, Gozlan M, Kokia E. Women's and men's perceptions of infertility and their associations with psychological adjustment: A

- dyadic approach. *British J of Health Psych* 2009; 14, 1-16.
26. Tai Chi Australia. The Miller-Smith Lifestyle Assessment Inventory. 2001; [Serial Online]. Available at URL: [//www.taichiaustralia.com/Miller-Smith.html/](http://www.taichiaustralia.com/Miller-Smith.html/).
27. Fathi Zadeh M, Karimi Sani P. The Relationship Between Lifestyle and Level of Knowledge Of Changing Methods and Modifying Behavior and Classroom Management Styles of Elementary Teachers in Shabestar City. *JWSF* 2017;10(35): 103-18. (Persian)
28. Roohafza H, Akochakian S, Sadeghi M, Fardmoosavi A, Khairabadi G, Ghasemi H. Investigating the Relation between Lifestyle and Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Jur Guilan Uni Med Sci* 2006; 15(59): 32-7. (Persian)
29. Acharya S, Gowda CR. Lifestyle factors associated with infertility in a rural area: a cross-sectional study. *Int J Med Sci Public Health* 2017; 1;6.
30. Javadi M, Miri N, Barikani A, Hossein Rashidi B, Sadeghi F. The status of Smoking habit, Caffeine Intake and Body Mass Index in infertile and healthy women aged 25-40 years. *IJOGI* 2017; 20(1): 10-4. (Persian)
31. Revonta M, Raitanen J, S.Sihvo, Koponen P, Klemetti R, Mannisto S, et al, health and life style among infertile men and women. *Sex and Rep Health Care* 2010: 1;91-98.
32. Yang F, Li L, Chen JP, Liu XQ, Zhong CL, Yang Y, et al. Couple's infertility in relation to male smoking in a Chinese rural area. *Asian J Androl* 2017;19(3): 311.
33. Joesoef MR, Beral V, Rolfs RT, Aral SO, Cramer DW. Are caffeinated beverages risk factors for delayed conception? *Lancet* 1990; 335(8682): 136-7.
34. Rich-Edwards JW, Spiegelman D, Garland M, Hertzmark E, Hunter DJ, Colditz GA, et al. Physical activity, body mass index, and ovulatory disorder infertility. *Epidemiology* 2002; 13(2): 184-90.
35. Gudmundsdottir SL, Flanders WD, Augestad LB. Physical activity and fertility in women. The North-Trondelag Health Study. *Hum Reprod* 2009; 24(12): 3196-204.

THE COMPARATIVE STUDY OF LIFE STYLE ITEMS BETWEEN INFERTILE AND FERTILE COUPLES AT URMIA

Negin Azizi¹, Sepideh Naseri², Sepideh Habibnezhad³, Zahra Khezerloo⁴,
Nazafarin Ghasem zadeh⁵, Fariba hosseinzadeghan^{*6}

Received: 22 Apr, 2019; Accepted: 18 July, 2019

Abstract

Background & Aims: The lifestyle items include modifiable behaviors and conditions which can be effective factors of the infertility process. The aim of this study was to compare the lifestyle items between fertile and infertile couples in Urmia.

Materials & Methods: In this descriptive-analytical study, some components of lifestyle in 130 infertile and fertile couples at Urmia in 2018 were selected and compared using simple random sampling. Demographic information Questionnaire and Miller-Smith Lifestyle Questionnaire were utilized. The data were analyzed using SPSS software (version 21) and descriptive and inferential statistical tests.

Results: The average lifestyle score among the infertile group was (49/469±7/031) and among fertile group was (48/292±6/027). Significant difference was not observed between two groups (P>0/05). Among the questions, the least score and the highest points belonged to a hot meal during the day (question number 1) and the least points and the highest score belonged to alcoholic drinks during the week (question number 7).

Conclusion: The results of current study showed that the lifestyle of fertile and infertile couples did not differ significantly. According to studies which have been done and validation of some of the lifestyle factors, it seems that its necessary to conduct more studies by selecting samples from different health centers and using other tools.

Keywords: Infertility, Fertility, Lifestyle

Address: School of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

Tel: +98 144710551

Email: f.hosseinzadegan62@gmail.com

¹ Urmia University of Medical Sciences, Urmia School of Nursing and Midwifery, Urmia, Iran

² Urmia University of Medical Sciences, Urmia School of Nursing and Midwifery, Urmia, Iran

³ Urmia University of Medical Sciences, Urmia School of Nursing and Midwifery, Urmia, Iran

⁴ Urmia University of Medical Sciences, Urmia School of Nursing and Midwifery, Urmia, Iran

⁵ PhD in Medical Ethics, Urmia University of Medical Sciences, Urmia School of Nursing and Midwifery, Urmia, Iran

⁶ PhD Student of Nursing, Urmia University of Medical Sciences, Urmia School of Nursing and Midwifery, Urmia, Iran (Corresponding Author)